



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de educación sanitaria para la detección
precoz de la depresión en mujeres adultas**

**Health education program for early detection of depression
in adult women**

Autor/es

Ángela Gil Puyuelo

Director/es

María Jesús Pardo Díez

Facultad de Ciencias de la Salud

Año 2019/2020

INDICE

1. RESUMEN	2
2. ABSTRACT	3
3. INTRODUCCIÓN.....	4
4. OBJETIVOS	8
Objetivo general.....	8
Objetivos específicos.....	8
5. METODOLOGIA	8
6. DESARROLLO.....	10
6.1. Análisis y priorización.....	10
6.2. Diagnósticos de enfermería	11
6.3. Población diana y captación.....	12
6.4. Sesiones.....	12
6.5. Recursos	12
7. EJECUCIÓN	14
8. CRONOGRAMA	18
9. EVALUACIÓN.....	19
10. CONCLUSIONES	19
11. BIBLIOGRAFÍA.....	21
12. ANEXOS.....	26
Anexo 1: Cartel programa de salud.....	26
Anexo 2: Cuestionario inicial y final (Test/Retest)	27
Anexo 3: Díptico informativo	29
Anexo 4: Tabla sintomatología.....	30
Anexo 6: Cuestionario sobre suicidio.....	32
Anexo 7: tabla fármacos para la depresión.....	33
Anexo 8: Terapia cognitivo-conductual de la terapia de Beck.....	34
Anexo 9: Vídeo sobre mindfulness.....	36
Anexo 10: Consejos para incluir la actividad física.....	37
Anexo 11: Dieta mediterránea	38
Anexo 12: Escala evaluación cualitativa (Tipo Likert)	39

1. RESUMEN

Introducción. La depresión es un problema de salud global que se caracteriza por síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y neurovegetativos. Es una enfermedad con una elevada prevalencia, además de morbilidad, carga social y económica. Afecta más a mujeres que a hombres.

El infradiagnóstico y la mala adherencia al tratamiento agravan el pronóstico y aumentan el riesgo de suicidio. Esto es muy frecuente, sobre todo en zonas rurales, donde existe un gran estigma y falta de educación sanitaria. Por eso, proporcionar una educación adecuada en estas zonas ayuda a prevenir esta enfermedad.

Objetivo. Diseñar un programa de educación para la salud para la detección precoz de la depresión en mujeres adultas de Ágreda

Método. Para obtener la información necesaria se ha realizado una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (Science Direct, Pubmed, Cuidate, Google Académico). También se han consultado la guía de práctica clínica y las guías NANADA, NOC y NIC. Además del censo de población y datos en el INE.

Desarrollo. Se ha realizado un programa de salud sobre depresión para mujeres adultas en Ágreda (Soria). Para ello se han llevado a cabo tres sesiones en las que se les ha explicado qué es la depresión, cómo detectarla, su tratamiento y técnicas para mejorar la calidad de vida.

Conclusión. Una buena educación sanitaria permite que las personas se den cuenta de la magnitud del problema y dejen de ver la depresión como un estigma. Esta educación unida a una buena adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida reduce los riesgos y mejora la calidad de vida. Es importante que desde Atención Primaria se lleven a cabo estos cambios en la población.

Palabras clave. Depresión, atención primaria, prevención, mujer, zona rural, educación, estilo de vida.

2. ABSTRACT

Introduction. Depression is a global health problem characterized by affective, cognitive, behavioral, and neurovegetative symptoms. It is a disease with a high prevalence, as well as morbidity, mortality, social and economic burden. It affects women more than men. Underdiagnosis and poor adhesion to treatment worsen the prognosis and increase the risk of suicide. This is very common, especially in rural areas where there are great stigma and short of health education. Providing an appropriate education in these areas helps to prevent this disease.

Objective. To design a health education program for early detection of depression in adult women in Ágreda.

Methodology. In order to obtain all the necessary information, it has been carried out a bibliographic review in different scientific databases (Science Direct, Pubmed, Cuiden, Google Academic. It has also been consulted Clinical Practice Guide and NANDA, NOC and NIC guides. In addition, it has been used the census and the National Institute of Statistics.

Conclusions. Appropriate health education allows people to realize the magnitude of the problem and they try to stop considering depression as a stigma. This education with good adherence to treatment and changes in lifestyle reduce risk and improve quality of life. It is important that Primary Care carry out these changes in the population.

Keywords. Depression, primary care, prevention, women, rural areas, education, prevention, lifestyle.

3. INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de síntomas afectivos, además de tipo cognitivo, volitivo y somático¹.

Dentro de estos síntomas se incluyen el llanto, la irritabilidad, el retraimiento social, la falta de lívido, la pérdida de interés y disfrute de las actividades de la vida cotidiana, así como, sentimientos de culpa e inutilidad. Gran parte de la población que la padece presenta ideas suicidas, intentos autolíticos o suicidio^{2,3}.

La fisiopatología es compleja e influyen múltiples factores biológicos y psicosociales. Una hipótesis reciente es la del estrés crónico, la cual mantiene que la depresión crea cambios en el sistema nervioso central como respuesta a situaciones de estrés^{2,5}.

En los últimos años, la depresión se ha considerado uno de los trastornos psicológicos más prevalentes. Según la OMS, afecta a unos 121 millones de personas en el mundo aproximadamente, suponiendo una enorme carga en cuanto a morbilidad, calidad de vida y costes directos e indirectos. Advierte que una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo a lo largo de su vida y estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en el mundo en el año 2030^{1,5,6}.

El National Comorbidity Survey Replication americano observó que la depresión presenta una prevalencia-vida de un 16,2% y una prevalencia-año del 6,6%, siendo mayor entre los 15 y los 45 años^{1,7}.

Según estudios epidemiológicos, la incidencia de trastornos depresivos es más alta en mujeres que hombres, siendo el doble de prevalente en éstas⁸. La depresión en la mujer aumenta con la edad, teniendo una prevalencia del 49,7% a los 45-55 años⁹.

Son muchos los factores que influyen en la salud mental de la mujer. En cuanto a la parte biológica u hormonal, las mujeres muestran una más baja autoestima, mayores acontecimientos negativos, mayor predisposición a la ansiedad y peor percepción de la salud. Además,

presentan un riesgo elevado en momentos de su vida en los que se produce un cambio hormonal, como la menstruación, el embarazo y la menopausia. Por otro lado, destacamos los factores sociales, pues la mujer sufre peores condiciones de vida debido al sometimiento que sufre, así como, una situación laboral deficiente, ya que desempeñan los trabajos más monótonos, con peores contratos o jornadas. Además, siempre se ha asociado el cuidado a la mujer, como si se tratase de una cualidad o un deber innato, creando una situación de opresión para ellas. Todo esto les causa un mayor cansancio mental^{8,9}.

Es importante el impacto económico pues representa un 33% del coste total en salud mental y un 1% de toda la economía europea. En España, el gasto anual por depresión es de 5.005 millones de euros aproximadamente^{1,6}.

La depresión es una enfermedad que, generalmente, no aparece de forma aislada, pues está relacionada con otros problemas físicos y psicológicos. Las personas con depresión tienen el doble de riesgo de padecer enfermedades metabólicas y cardiovasculares, así como, personas con enfermedades crónicas presentan una prevalencia de entre el 9,3% y el 23% de padecerla. El 41,7% de las personas con depresión sufre trastorno de ansiedad o por alcoholemia^{6,10,11}.

Lo más preocupante es su tasa de mortalidad, pues está ligada a ideas e intentos de suicidio, llegando a un porcentaje de riesgo del 28%. Por lo tanto, es un aspecto fundamental el llevar a cabo un adecuado diagnóstico y abordaje terapéutico desde los centros de Atención Primaria⁶.

Para el diagnóstico, los criterios más utilizados son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM). La CIE-10 clasifica la depresión mayor dentro de los trastornos de humor. La categoría F32 incorpora el episodio depresivo, que está subdividido en episodio depresivo leve,

episodio depresivo moderado, episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos, episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, otros episodios depresivos y episodio depresivo no especificado. En el manual DSM-V, recientemente publicado, la depresión es un trastorno del estado de ánimo que se divide en trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar^{1,11}.

La persona debe manifestar cinco síntomas durante dos semanas, de los cuales uno debe ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades¹.

En los últimos años, la AP se ha convertido en el lugar donde se diagnostica y maneja, donde se ha visto un aumento de las visitas relacionadas con trastornos mentales⁷. Sin embargo, una gran proporción no es detectada, ya que sigue sin ser suficientemente reconocida dentro de la medicina de familia, pues los médicos detectan menos de la mitad de los casos^{7,12}. Otra de las causas es que los pacientes no siempre acuden a la consulta ya que no les dan tanta importancia a sus síntomas afectivos como a aquellos de carácter somático. El 59% no acude a consulta y un 76% de estos no recibe ningún tratamiento^{1,6}.

Además, resulta preocupante también la falta de adherencia al tratamiento. Más de la mitad más del 30% abandonan el tratamiento en los 30 primeros días. Esto se debe a la creencia de los pacientes sobre los fármacos, los efectos secundarios, la personalidad del propio paciente, la falta de apoyo, una información inadecuada, no estar de acuerdo con el diagnóstico y la estigmatización¹⁴. Aunque también por la falta de recursos y personal sanitario poco capacitado¹⁵.

Este hecho se observa, sobre todo, en las zonas rurales, en las que las personas tienen poco y/o difícil acceso a aquellos servicios que tratan los problemas mentales. Se debe a la ausencia de educación sanitaria, los viajes, las barreras financieras y, principalmente, el miedo al estigma^{15,16}.

Los datos mencionados hacen que sea indispensable tomar medidas desde las consultas de Atención Primaria, de manera que se consiga detectarla a tiempo o incluso prevenirla^{2,17}.

Una vez diagnosticada, un adecuado manejo y tratamiento disminuye el coste social, económico, familiar y del sistema sanitario, así como mejora la calidad de vida de los pacientes.

La depresión, al tratarse de una enfermedad de carácter crónico y recurrente, responde mejor a tratamientos en los que se combinan fármacos y psicoterapias^{2,17}. Cada vez son más los estudios que priorizan las terapias cognitivo-conductuales y la psicoterapia interpersonal para prevenirla y tratarla^{6,11}. Uno de los más eficaces es la terapia cognitivo conductual de la depresión de Beck, ya que previene las recaídas y los episodios depresivos recurrentes⁶.

Además, actualmente cada vez se usan más tratamientos alternativos, como el mindfulness, que resulta también una terapia beneficiosa. En la depresión se produce una alteración en el control de la regulación emocional, lo que tiene efectos negativos. Con el mindfulness se regula el efecto negativo basa enfocando la atención en el momento presente y creando una actitud de aceptación^{13,18,19}.

Muchos investigadores han afirmado que es necesario mayor variedad de tratamientos rentables y alternativos. Por eso también es importante un cambio en el estilo de vida. El ejercicio físico junto con una adecuada alimentación no solo mejora la calidad de vida de las personas enfermas, sino que, también ayuda a prevenir la aparición de un episodio depresivo^{12,20,21}.

A la vista de los datos mencionados, se ha observado que la prevalencia es mayor en mujeres adultas, sobre todo, en las zonas rurales. La falta de recursos y el gran estigma hace que sea necesaria la creación de un programa de educación sanitaria para esas personas. Esto les permitirá conocerla más y tener un apoyo que les ayude a afrontarla. Por ello, se ha planteado un programa de salud enfocado a mujeres adultas en la población de Ágreda (Soria).

4. OBJETIVOS

Objetivo general

Elaborar un programa de educación para la salud para la detección precoz de la depresión en mujeres adultas de Ágreda (Soria).

Objetivos específicos

- Facilitar información adecuada con el fin de que conozcan qué es la depresión y cómo afrontarla.
- Concienciar acerca de la repercusión que tiene esta enfermedad.
- Acabar con el estigma que envuelve a la depresión y animar a la población a hablar sobre ello.
- Educar sobre técnicas para incluirlas en la rutina y mejorar su calidad de vida.

5. METODOLOGIA

Para elaborar este programa de salud se efectuó una búsqueda bibliográfica de documentos científicos, así toda la información presente se ha obtenido de bases de datos científicas. También han resultado útiles algunas páginas web. Además, se ha podido acceder al censo de la población de Ágreda, para obtener datos del grupo de mujeres sobre el que se trabajará.

Para obtener los diagnósticos de enfermería se han consultado los libros de la taxonomía NANDA²⁴, NOC²⁵ y NIC²⁶, además de la herramienta online NNNConsult²⁷.

Se han utilizado descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs), además de operadores booleanos para una búsqueda más exacta. Los descriptores más utilizados fueron: 'Depresión', 'Enfermería', 'mujer' y 'prevención'.

Respecto a los criterios de inclusión se han seleccionado los artículos redactados en español e inglés, con texto completo y acotando la búsqueda entre 2010 y 2020.

Las bases de datos, palabras clave y operadores booleanos junto con los artículos, así como, las páginas web empleadas se reflejan en las siguientes tablas:

Tabla 1: Tabla de búsqueda bibliográfica

Bases de datos	Palabras clave	Operadores booleanos	Artículos obtenidos	Artículos seleccionados	Artículos utilizados
Science direct	"Depresión" "atención primaria" "mujer" "prevención"	AND	500	22	8
Cuiden	"depression" "rural areas" "education" "women"	AND	106	8	2
Pubmed	"Depression" "rural areas" "education" "primary care"	AND	291	15	4
Medline	"Depression" "prevention" "lifestyle" "Primary care"	AND	40	6	2
Google Académico	"Depresión" "mujer" "atención primaria" "estilo de vida"	AND	384	18	3

Fuente: elaboración propia

Tabla 2: Páginas web utilizadas

Libro o página web	Descripción	Enlace
OMS	Organización Mundial de la Salud	https://www.who.int/es
INE	Instituto Nacional de Estadística	https://www.ine.es/
Guía de práctica clínica	Guía de práctica clínica sobre manejo de la depresión en el adulto	https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
Fundación ANAED	ANAED. Guía para la depresión	https://www.fundacionanaed.es/index.php/guias-de-la-depresion

Fuente: elaboración propia

6. DESARROLLO

6.1. Análisis y priorización

La depresión es una enfermedad mental muy frecuente en todo el mundo que afecta a 300 millones de personas aproximadamente. Es un gran problema de salud, más aún cuando se cronifica, pues afecta a la calidad de vida de las personas. Lo más alarmante es su tasa de mortalidad, ya que en la gran mayoría lleva al suicidio. Se calcula que, al año, se suicidan alrededor de 800000 personas a nivel mundial²².

Existe poca precisión en el diagnóstico debido a la falta de recursos, de educación y la estigmatización. Desde siempre, la depresión se ha visto envuelta por un estigma y una falta de conocimientos que han hecho que muchos no la consideren como tal y no pidan ayuda, sobre todo, en las zonas rurales^{14, 15}. Según el Instituto Nacional de Estadística y un estudio realizado en 2016, el suicidio es la primera causa de muerte en España, donde Soria es la provincia con la mayor tasa nacional, con 18,6 suicidios por cada 10000 habitantes²³. Muchas personas admiten no tener suficiente información o bien, sentir miedo a contarlo debido a que no encuentran un apoyo adecuado.

Por ello, es fundamental una adecuada educación sanitaria en estas zonas con el fin de que adquieran estrategias para afrontar esta enfermedad.

6.2. Diagnósticos de enfermería

Los diagnósticos de enfermería con sus respectivas intervenciones a realizar y los objetivos a conseguir se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 3: Diagnósticos de enfermería

DIAGNÓSTICO	DEFINICIÓN	NIC	NOC
(00126) Conocimientos deficientes r/c información insuficiente m/p conducta inapropiada	Carencia de información cognitiva relacionada con un tema específico, o su adquisición	(5510) Educación para la salud (5520) Facilitar el aprendizaje (5515) Mejorar el acceso a la información sanitaria	(1209) Motivación (1300) Aceptación: estado de salud (1705) Orientación sobre la salud (1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad (1836) Conocimiento: manejo de la depresión
(00069) Afrontamiento ineficaz r/c imprecisión en la apreciación de la amenaza m/p incapacidad para manejar la situación	Patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar	(5230) Mejorar el afrontamiento (5430) Grupo de apoyo (4700) Reestructuración cognitiva	(1215) Conciencia de uno mismo (1302) Afrontamiento de problemas (1704) Creencias sobre la salud: percepción de amenaza (1608) Control de síntomas (1814) Conocimiento: procedimientos terapéuticos
(00078) Gestión ineficaz de la salud r/c apoyo social insuficiente m/p fracaso al incluir el régimen terapéutico en la vida diaria	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos	(5270) Apoyo emocional (1800) Ayuda con el autocuidado (4920) Escucha activa	(1305) Modificación psicosocial: cambio de vida (1504) Soporte social (1613) Autogestión de los cuidados (1862) Manejo del estrés (1902) Control del riesgo
(00150) Riesgo de suicidio r/c trastorno psiquiátrico	Susceptible de sufrir una lesión autoinfligida que amenaza la vida	(6340) Prevención del suicidio (5440) Aumentar los sistemas de apoyo (5100) Potenciación de la socialización	(1409) Autocontrol de la depresión (2002) Bienestar personal (1908) Detección del riesgo (1309) Resiliencia personal (1614) Autonomía personal
(00162) Disposición para mejorar la gestión de la salud r/c mayor información y confianza m/p expresa deseo de mejorar la gestión del régimen terapéutico prescrito	Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado	(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento (5395) Mejora de la autoconfianza (4410) Establecimiento de objetivos comunes	(1632) Conducta de cumplimiento: actividad prescrita (1622) Conducta de cumplimiento: dieta prescrita (1623) Conducta de cumplimiento: medicación prescrita (1633) Participación en el ejercicio

Fuente: elaboración propia

6.3. Población diana y captación

El programa de educación se desarrollará en el Centro de Salud de Ágreda (Soria), para mujeres de entre 25 y 55 años, con riesgo de depresión o bien con un reciente episodio depresivo.

La captación se realizará con carteles que se colocarán en el Ayuntamiento, el Centro Cívico y el Centro de Salud (ANEXO 1). Se invita a venir a cualquier mujer que crea que este programa pueda resultarle útil. Se podrán informar en el Centro de Salud.

Previamente, con la finalidad de captar a pacientes susceptibles de necesitarlo, se dará información del programa de salud a enfermeras del Centro de Salud de Ágreda. Así, ellas a través del programa OMI seleccionarán a aquellas pacientes que hayan tenido un episodio depresivo o bien factores predisponentes. Por último, nos pondremos en contacto con ellas para invitarlas a venir.

Para una mejor organización, se pedirá que se apunten en la secretaría del centro de salud o del Ayuntamiento.

6.4. Sesiones

El Programa constará de tres sesiones teórico-prácticas alternas que serán impartidas durante dos semanas. Los grupos estarán formados por 15 personas como máximo.

La duración de cada sesión será de 90 minutos aproximadamente. Así, los días elegidos serán el 4, el 6 y el 11 de mayo, de 19 a 20:30 horas.

6.5. Recursos

Recursos humanos

El programa será impartido por Ángela Gil, creadora del programa de salud y enfermera. En una sesión contaremos con una psicóloga, cuyo sueldo será financiado por el Ayuntamiento de Ágreda.

Recursos materiales

Las sesiones se realizarán en el Centro Cívico, cedido por el Ayuntamiento de Ágreda, que cuenta con el mobiliario necesario.

En la tabla 4 se reflejan los recursos utilizados y el presupuesto total necesario.

Tabla 4: Recursos y presupuesto

	Recursos humanos	Recursos materiales	Total
SESIÓN 1	Enfermera	Sala reuniones, sillas, mesas, ordenador y proyector: prestados · Test/retest (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Díptico (15 copias a color cartulina): $15 \times 0,50 = 7,50\text{€}$ · Tabla síntomas (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Escala depresión (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Escala suicidio (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$	10,50€
SESIÓN 2	Enfermera Psicóloga	· Tabla fármacos (15 copias color cartulina): $15 \times 0,50 = 7,50\text{€}$ · Tabla Terapia de Beck (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Esterillas (15 colchonetas pilates): $15 \times 3,99 = 59,85\text{€}$	68,10€
SESIÓN 3	Enfermera	· Pautas ejercicio (15 copias B/N) $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Pirámide dieta (15 copias color cartulina): $15 \times 0,50 = 7,50\text{€}$ · Test/retest (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$ · Cuestionario opinión (15 copias B/N): $15 \times 0,05 = 0,75\text{€}$	9,75€
CARTEL	8 carteles a color:	$8 \times 1 = 8\text{€}$	8€
SUELDO ENFERMERA	50€ por hora:	$50 \times 4\text{h}30' = 225\text{€}$	225€
SUELDO PSICÓLOGA	50€ por hora:	$50 \times 1\text{h}30' = 75\text{€}$	75€
BOLIGRAFO BIC	20 bolis bic:	$20 \times 0,24 = 4,80\text{€}$	4,80€
FOLIOS	100 folios:	$100 \times 0,02 = 2\text{€}$	2 €
VIAJES	3 viajes por sesión:	$3 \times 8 = 24\text{€}$	24€
TOTAL			427,15€

Fuente: elaboración propia

7. EJECUCIÓN

SESIÓN 1: CONOCE LA DEPRESIÓN Y ACTÚA

Tabla: Carta descriptiva sesión 1

Objetivos	Descripción	Actividades y técnicas	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Evaluar conocimientos previos- Explicar la depresión- Adquirir nuevos conocimientos por parte de las pacientes- Reconocer los síntomas y actuar a tiempo	Los primeros 45 minutos se hará una presentación, realizarán un test/retest y se explicará la depresión. Los últimos 30 minutos se entregarán las escalas de depresión y suicidio, además de realizar un juego y resolver dudas.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación de enfermera y participante• Breve resumen del programa de salud• Cuestionario inicial (Test-retest)• Exposición power-point• Escalas de depresión y suicidio• Juego• Dudas	<u>Materiales:</u> folios, bolígrafos, sillas con mesas, ordenador, proyector, cuestionario y <u>Humanos:</u> enfermera

Se comenzará con una presentación del programa de salud, así como de la enfermera y las participantes. En todo momento se intentará crear un ambiente de confianza para que las participantes se sientan cómodas al hablar.

En primer lugar, se repartirá un cuestionario que deberán resolver de forma individual. Éste se volverá a proporcionar en la última sesión, comparando así las respuestas (ANEXO 2).

Se les entregará un díptico que incluirá los conceptos más importantes de la depresión (ANEXO 3).

Con ayuda de una presentación power point se expondrán los conceptos básicos de la depresión. Es importante reconocer los síntomas, por eso, se dedicará algo más de tiempo a explicarlos, además de que se les entregará un cuadro con los más característicos (ANEXO 4). Así, se dará la importancia que tiene acabando con el tabú que la rodea y animándolas a buscar ayuda. Lo recomendable es acudir a su médico de cabecera, aunque también pueden buscar apoyo en un familiar o persona cercana.

Para una mejor detección, se repartirán la escala de la depresión de Beck, además de otra de suicidio, de forma que permita identificar a aquellas pacientes susceptibles y que deban ser derivadas a un especialista (ANEXO 5) (ANEXO 6).

Por último, se realizará un juego en el que cada paciente deberá verbalizar un síntoma que ha padecido, si ha sido así, la importancia que le ha dado y como lo ha afrontado. Así, verán su capacidad de afrontamiento, cuáles son sus puntos fuertes y débiles, y qué pueden aprender del resto.

Los últimos minutos se dedicarán a resolver dudas que les puedan surgir.

SESIÓN 2: VAMOS A TRATARLA

Tabla: Carta descriptiva sesión 2

Objetivos	Descripción	Actividades y técnicas	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Explicar los fármacos principales- Explicar las terapias psicosociales- Iniciar al mindfulness	Los primeros 35 minutos se explicará el tratamiento farmacológico y las terapias psicosociales. Los siguientes 45 minutos se hablará sobre el mindfulness y se hará un ejercicio de introducción. Los últimos 10 minutos se resolverán dudas y podrán interactuar entre ellas.	<ul style="list-style-type: none">• Presentación power point• Entrega de una tabla con los fármacos• Entrega resumen terapia de Beck• Introducción al mindfulness	<u>Materiales:</u> sillas y mesas, ordenador, proyector, folios, bolígrafos, tabla fármacos, esterillas <u>Humanos:</u> enfermera y psicóloga

Durante la segunda sesión se explicará el tratamiento de la depresión comenzando con el tratamiento farmacológico, mostrándoles sus indicaciones y reacciones adversas (ANEXO 7).

Se recalcará que se debe hacer un seguimiento cada 15 días durante 3 meses para evitar el abandono del tratamiento.

Posteriormente se hablará sobre la psicoterapia y sus beneficios, destacando la terapia cognitivo conductual de la depresión de Beck. Está basada en que el sufrimiento viene por sentimientos automáticos que las personas crean sobre sí mismas y el resto. Por eso, esta terapia busca una interpretación más realista mediante diferentes técnicas (ANEXO 8).

Se enseñará una técnica nueva, el mindfulness. Será explicada por una psicóloga experta que les proporcionará un video para que puedan incluirla en su día a día. Se finalizará con un ejercicio de introducción al mindfulness, colocándose sobre las esterillas en círculo y siguiendo sus indicaciones (ANEXO 9).

Finalmente, podrán interactuar entre ellas sobre sus tratamientos y hacer preguntas.

SESIÓN 3: ESTILO DE VIDA

Tabla: carta descriptiva sesión 3

Objetivos	Descripción	Actividades y técnicas	Recursos
<ul style="list-style-type: none">- Explicar cómo influye el estilo de vida- Adquirir nuevos hábitos- Valorar los conocimientos adquiridos- Evaluar el programa	<p>Durante 45 minutos se explicará cómo el estilo de vida es uno de los factores que influye en la depresión y los cambios que deberán hacer.</p> <p>La últimos 45 se entregará el Test/ Retest y un cuestionario de evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none">• Presentación power point• Folleto alimentación• Test/Retest• Cuestionario evaluación	<p><u>Materiales:</u> sillas y mesas, ordenador, proyector, folios, bolígrafos, pirámide alimentación</p> <p><u>Humanos:</u> enfermera</p>

En la última sesión se hablará sobre los cambios en el estilo de vida, un importante factor de riesgo. Se centrará en el ejercicio físico y la dieta, para aprender a modificarlos, y así conseguir prevenir la enfermedad o mejorar la calidad de vida de las pacientes.

En cuanto a la actividad física, se ha visto que es una terapia tan efectiva como el resto, ya que ayuda a distraerse, favorece relacionarse y no precisa un coste elevado. Por eso, se les indicará ir incluyéndola progresivamente y adaptándola a sus posibilidades, hasta llegar a realizar de 3 a 5 sesiones semanales de 30 a 45 minutos cada una. Se les dará algunas pautas sobre cómo adaptarla a su rutina (ANEXO 10).

Sobre la alimentación se ha observado que muchos grupos de alimentos y nutrientes tienen efectos positivos en la depresión. Así, una de las dietas más recomendadas es la Mediterránea. Se les dará un folleto donde se explicará este tipo de dieta (ANEXO 11).

Antes de finalizar se entregará el cuestionario de la primera sesión, que permitirá observar los conceptos aprendidos (ANEXO 2).

También se proporcionará una escala de evaluación donde reflejar sus opiniones (ANEXO 12).

8. CRONOGRAMA

Tabla: cronograma de búsqueda bibliográfica del programa de salud

	DIC 2019	ENE 2020	FEB 2020	MAR 2020	ABR 2020	MAY 2020
Elección tema						
Revisión bibliográfica						
Introducción						
Objetivos						
Metodología						
Resumen						
Desarrollo						
Conclusiones						
Índice						
Bibliografía						
Revisión						

Fuente: elaboración propia

Tabla: diagrama de Gantt (Proyecto)

	MAY 2020	JUN 2020	JUL 2020	AGO 2020	SEP 2020	ENE 2021	FEB 2021	MAR 2021	ABR 2021	MAY 2021			JUN 2021
										4	6	11	
Desarrollo													
Entrega													
Publicitación													
Inscripciones													
Preparación													
Sesión 1													
Sesión 2													
Sesión 3													
Evaluación													

Fuente: elaboración propia

9. EVALUACIÓN

En primer lugar, se aplicará el método Test/Retest, entregándoles el mismo cuestionario en la primera y última sesión. De esta manera ayudará a valorar los conocimientos adquiridos durante las sesiones.

En la última sesión se hará una evaluación cualitativa con una escala likert, permitiéndoles dar su opinión sobre las mismas, los errores o dificultades que han encontrado y si hubiesen añadido o cambiado algo.

Además, a lo largo de todo el programa, se les dejará dar su opinión y preguntar dudas al respecto.

En la sesión 1 se les entregará un cuestionario sobre depresión y suicidio, de manera que, aquellas personas en riesgo serán derivadas a un especialista.

Una vez reunidos todos los cuestionarios, se valorarán para realizar cambios que puedan mejorar el programa.

10. CONCLUSIONES

Con este programa las pacientes podrán adquirir nuevos conceptos acerca de la enfermedad, su magnitud, comorbilidad y factores de riesgo.

Podrán reconocer los síntomas a tiempo y actuar a través de las estrategias de afrontamiento aprendidas o bien pidiendo ayuda a profesionales. Así mejorará su calidad de vida y evitará un mal pronóstico.

Aprenderán a actuar sobre los factores de riesgo modificables, sobre todo, el estilo de vida, adquiriendo nuevos hábitos más saludables.

Además, se acabará con ese tabú y estigma, enseñándoles que la depresión no es algo que les deba avergonzar, sino que es una enfermedad más que se debe tratar a tiempo.

Se ha visto, como tantas otras veces, que el papel de la enfermería es primordial en educación sanitaria, así como en el cuidado y apoyo a estas personas.

11. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ariza M, Merino G, González M, García A, Rodríguez D, Liñero E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto. [Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014 [Citado 15 Feb 2020]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avalia_t_compl.pdf
- (2) Perez Padilla EA, Cervantes Ramírez VM, Hijuelos García NA, Pineda Cortés JC, Salgado Burgos H. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed [Internet]. 2017 [Citado 15 Feb 2020]; 28(2): 89-115. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-84472017000200073
- (3) Fundación ANAED (Asistencia Nacional para la Ayuda al Enfermo de Depresión). Guía General para la depresión. [Internet]. 2014 [Citado 16 Feb 2020]. Disponible en: <https://www.fundacionanaed.es/index.php/guias-de-la-depresion/guia-general-de-la-depresion>
- (4) Hardy S. Prevention and management of depression in primary care. Nurs Stand [Internet]. 2013 [Citado 16 Feb 2020]; 27(26): 51-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540065>
- (5) Álvarez Mon MA, Pereira V, Ortuño F. Tratamiento de la depresión. Medicina [Internet]. 2017 [Citado 17 Feb 2020]; 12(46): 2731-2742. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541217303049>

- (6) Cano Vindel A, salguero JM, Mae Wood C, Dongil E, Latorre JM. La depresión en atención primaria: prevalencia, diagnóstico y tratamiento. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2012 [Citado 19 Feb 2020]; 33(1): 2-11. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77823404001.pdf>
- (7) Campagne DM. Diagnostica la depresión antes. Semergen [Internet]. 2018 [Citado 19 Feb 2020]; 44(4): 270-275. Disponible en: [https://www.sciencedirect-com.cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1138359317301399](https://www.sciencedirect.com/cuarzo.unizar.es:9443/science/article/pii/S1138359317301399)
- (8) Rueda MA. Depresión en la mujer. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 2018 [Citado 20 Feb 2020]; 25(1): 59-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302723>
- (9) Montesó Curto P, Ferré Grau C, Lleixá Fortuño M, Albacar Riobóo N, Espuny Vidal C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. Hojas de Warmi [Internet]. 2011 [Citado 21 Feb 2020]; 16: 1-22. Disponible en: <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/Montesoetal.pdf>
- (10) Aragonès E, Piñol JL, Labad A. Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2009 [Citado 22 Feb 2020]; 41(10): 545-551. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709001905>

- (11) Gerber M, Beck J, Brand S, Cody R, Donath L, Eckert A et al. The impact of lifestyle Physical Activity counselling in IN-PATients with major depressive disorders on physical activity, cardiorespiratory fitness, depression, and cardiovascular health risk markers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* [Internet]. 2019 [Citado 25 Feb 2020]; 20(1): 1-21. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31221205>
- (12) Alves Apóstolo JL, Figueiredo MH, Cruz Mendes A, Alves Rodrigues M. Depression, anxiety and stress in primary health care users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2011 [Citado 27 Feb 2020]; 19(2): 348-353. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000200017
- (13) Bohórquez Peñaranda AP, García Valencia J, Rodríguez Guarín M, Arenas Borrero AE, Castro Díaz SM, Maldonado Riveros P et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio y trastorno depresivos recurrente en adultos. Atención integral de los adultos con diagnóstico de episodio depresivo o trastorno depresivos recurrente. *Rev Colomb Psiquiat* [Internet]. 2012 [Citado 27 Feb 2020]; 41(4): 741- 773. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-resumen-guia-atencion-integral-deteccion-temprana-S0034745014600445>
- (14) Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet* [Internet]. 2018 [Citado 28 Feb 2020]; 392(10161):2299–2312. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30396512>
- (15) Kirby JB, Zubekas SH, Borsky AE, Ngo-Metzger Q. Rural residents with mental health needs have fewer care visits than urban counterparts. *Health aff* [Internet]. 2019 [Citado 1 Mar

2020]; 38(12): 2057-2060. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31794321>

(16) Dos Santos Ferreira PC, Dos Santos Tavares DM. Prevalence and factors associated with the rates of depression among elderly residents in rural areas. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [Citado 1 Mar 2020]; 47(2): 396-401. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23743907>

(17) Halls CA, Reynolds CF. Late-life depression in the primary care setting: Challenges, collaborative care, and prevention. Maturitas [Internet]. 2014 [Citado 2 Mar 2020]; 79(2): 147-152. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24996484>

(18) Moscoso M, Lengacher C. El rol de mindfulness en la regulación emocional de la depresión. Mindfulness & Compassion [Internet]. 2017 [Citado 3 Mar 2020]; 2(2): 64-70. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2445407917300228>

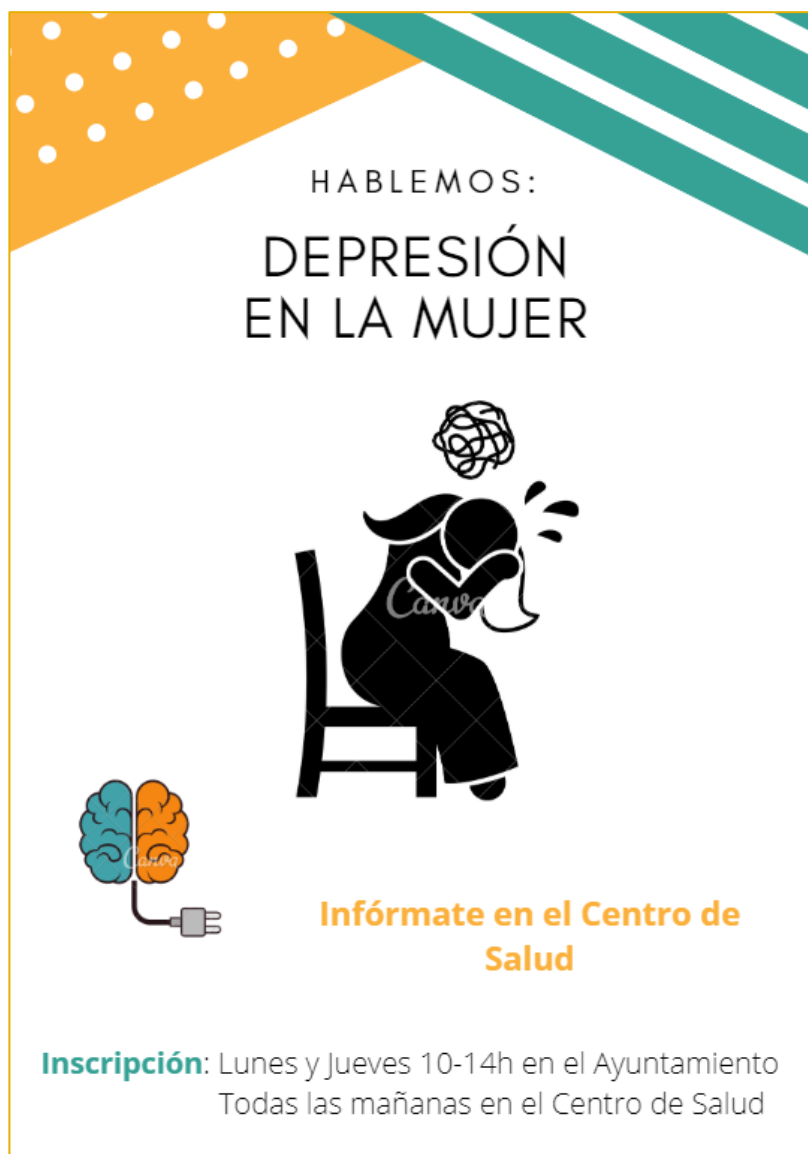
(19) Barceló Soler A, Monreal Bartolomé A, Navarro Gil A, Beltrán Ruiz M, García Campayo J. Mindfulness aplicado a la atención primaria. FMC [Internet]. 2018 [Citado 3 Mar 2020]; 25(10): 564-573. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134207218301907>

(20) Fuente: Serra Majem L, Ortiz Andrellucchi A. The mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: a multidisciplinary approach. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [Citado el 4 Mar 2020]; 35(4): 96-101. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30070130>

- (21) Goena Vives J, Molero Santos P. Protocolo de intervención dietética en la depresión. Medicine [Internet]. 2019 [Citado 4 Mar 2020]; 12(86): 5067-5069. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541219302306>
- (22) OMS. Depresión [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 Ene [Citado 5 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- (23) Instituto Nacional de estadística. Suicidios por edad, nacionalidad y sexo. [Internet]. Madrid: INE; 2018 [Citado 5 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2018/&file=05001.px>
- (24) Heather Herdman T, Kamitsuru S. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. 1ª ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (25) Bulechek G, Butcher H, Dochterman J, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- (26) Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
- (27) Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. [Internet]. NNNConsult. Elsevier; 2015 [citado 6 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com.roble.unizar.es:9443/index.php>

12. ANEXOS

Anexo 1: Cartel programa de salud



Fuente: elaboración propia

Anexo 2: Cuestionario inicial y final (Test/Retest)

Con respecto a la depresión, rodee la respuesta correcta

1. ¿Qué es la depresión?

- a. Es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza únicamente por una tristeza.
- b. Es un trastorno del estado de ánimo en el que solo aparecen síntomas psicológicos.
- c. Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza y pérdida del interés, además de síntomas físicos.

2. ¿Qué tipos hay?

- a. Depresión leve, moderada y grave
- b. Depresión leve y grave
- c. Ninguna es correcta

3. ¿Cómo afecta la depresión a la población?

- a. Es muy prevalente y afecta el doble a mujeres que a hombres
- b. Es más prevalente en los hombres, afectando al doble
- c. Es igual de prevalente en ambos sexos

4. ¿Cuáles son las causas?

- a. Está causada solo por componentes psicológicos
- b. Influyen factores psicológicos, sociales y biológicos
- c. Solo depende de antecedentes y situaciones estresantes

5. ¿Cómo identificar la depresión?

- a. Presencia de síntomas como tristeza y desinterés de vez en cuando
- b. Presencia de síntomas como tristeza y desinterés durante un mes
- c. Presencia de síntomas como tristeza y desinterés durante dos semanas

- 6. ¿Qué hacer cuando se tiene depresión?**
- a. Ignorarla porque se trata de una enfermedad mal vista
 - b. Buscar ayuda profesional
 - c. Intentar tratarla de forma individual
- 7. ¿Cuál es la mayor complicación de la depresión?**
- a. Enfermedades metabólicas y cardiovasculares
 - b. Otros trastornos mentales
 - c. Suicidio
- 8. ¿Qué tratamiento es más efectivo?**
- a. Únicamente el tratamiento farmacológico
 - b. Tratamiento farmacológico combinado con psicoterapia
 - c. Técnicas cognitivo-conductuales
- 9. Con respecto al tratamiento antidepresivo, ¿cuál es incorrecta?**
- a. Los antidepresivos son adictivos
 - b. Tienen efectos secundarios
 - c. No existen interacciones con otros fármacos
- 10. Con respecto a las psicoterapias, ¿son efectivas en la depresión?**
- a. En la depresión leve o como prevención son terapias efectivas
 - b. En una depresión moderada o grave es necesaria combinarla con un tratamiento farmacológico
 - c. Ambas son correctas

Fuente: elaboración propia

Anexo 3: Díptico informativo



Fuente: elaboración propia

Anexo 4: Tabla sintomatología

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos
<ul style="list-style-type: none">• Cambios en el apetito: falta o excesivo apetito que conlleva una pérdida o un aumento considerable de peso• Cambios intestinales: estreñimiento, diarrea o indigestión• Pérdida parcial o total de lívido• Amenorrea en mujeres• Trastornos del sueño: presentan dificultad para dormir, hipersomnia, pesadillas, incapacidad para sensación de no descanso total• Fatiga o pérdida de energía casi todos los días• Boca seca• Palpitaciones• Dolor de cabeza• Vértigo• Sensación de opresión en el pecho• Sudoración• Malestar general	<ul style="list-style-type: none">• Carencia de vitalidad: acciones como vestirse o lavarse les resultan difíciles de realizar• Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día• Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días• Respuestas lentas, monótonas, monosilábicas• Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada• Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones• Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo

Fuente: Hardy S. Prevention and management of depression in primary care. Nurs Stand [Internet]. 2013 [Citado 15 Mar 2020]; 27(26): 51-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540065>

Anexo 5: Inventario de Depresión de Beck (Beck's Depression Inventory)

1. ☐ No me siento triste.
☐ Me siento triste.
☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
☐ Siento que no tengo que esperar nada.
☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. ☐ No me siento fracasado.
☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
☐ Me siento una persona totalmente fracasada.
4. ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. ☐ No me siento especialmente culpable.
☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
☐ Me siento culpable constantemente.
6. ☐ No creo que esté siendo castigado.
☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
☐ Espero ser castigado.
☐ Siento que estoy siendo castigado.
7. ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
☐ Me da vergüenza de mí mismo.
8. ☐ No me considero peor que cualquier otro.
☐ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
☐ Desearía suicidarme.
☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. ☐ No lloro más de lo que solía.
☐ Ahora lloro más que antes.
☐ Lloro continuamente.
☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11. ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
☐ Me siento irritado continuamente.
☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. ☐ No he perdido el interés por los demás.
☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
☐ He perdido todo el interés por los demás.
13. ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
☐ Evito tomar decisiones más que antes.
☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
☐ Ya me es imposible tomar decisiones.
14. ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
☐ Me temo que ahora parezca más viejo o poco atractivo.
☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
☐ Creo que tengo un aspecto horrible.
15. ☐ Trabajo igual que antes.
☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
☐ No puedo hacer nada en absoluto.
16. ☐ Duermo tan bien como siempre.
☐ No duermo tan bien como antes.
☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. ☐ No me siento más cansado de lo normal.
☐ Me canso más fácilmente que antes.
☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. ☐ Mi apetito no ha disminuido.
☐ No tengo tan buen apetito como antes.
☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
☐ He perdido completamente el apetito.
19. ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
☐ He perdido más de 4 kilos.
☐ He perdido más de 7 kilos.

Estoy a dieta para adelgazar: SI ☐ NO ☐
20. ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21. ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.

	Minima	Leve	Moderada	Grave
BDI-II original ²¹	0-13	14-19	20-28	>29
Adaptación española ²⁵	0-13	14-18	19-27	>28
APA 2000	0-9 (no depresión)	10-16	17-29	>30
NICE 2009	0-9 (no depresión)	10-16 (subclínica)	17-29 (leve-moderada)	>30 (moderada-grave)

Fuente: Ariza M, Merino G, González M, García A, Rodríguez D, Liñero E, et al. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el adulto.

[Internet]. España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014

[Citado 17 Mar 2020]. Disponible en:

http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf

Anexo 6: Cuestionario sobre suicidio

-
- ¿Has intentado suicidarte en el pasado?
 - ¿Crees que no vale la pena vivir?
 - ¿Piensas en hacerte daño o suicidarte?
 - ¿Tienes un plan para suicidarte? ¿Cómo lo harías? ¿Pretendes llevar a cabo este plan? ¿Tiene acceso a las herramientas necesarias para llevar a cabo el plan? Por ejemplo, un suministro de medicamentos si se planea una sobredosis.
 - ¿Qué se detendría o qué es lo que le impide llevar a cabo su plan? Por ejemplo, no querer abandonar a los niños.
-

Fuente: Hardy S. Prevention and management of depression in primary care. Nurs Stand [Internet]. 2013 [Citado 18 Mar 2020]; 27(26): 51-56. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23540065>

Anexo 7: tabla fármacos para la depresión.

FAMILIA	FÁRMACOS	INDICACIONES	REACCIONES ADVERSAS	CONSIDERACIONES ESPECIALES
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)	Fluoxetina Sertralina Fluvoxamina Paroxetina Citalopram Escitalopram	Fármacos de elección en trastornos depresivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Molestia gastrointestinal ▪ Disfunción sexual ▪ Hemorragias gástricas ▪ Síndrome de discontinuación ▪ Viraje psicopatológico 	<ul style="list-style-type: none"> • No tolerancia ni dependencia • No problemas metabólicos ni cardiovasculares • Eliminación hepática (contraindicados en insuficiencia hepática)
Inhibidores de la recaptación de serotonina-noradrenalina (ISRN)	Venlafaxina Desvenlafaxina Duloxetina Milnacipran	Depresión Síndromes dolor múltiple. Síntomas vasomotores perimenopausia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea ▪ Insomnio ▪ Náuseas ▪ Diarreas ▪ Disfunción sexual ▪ Aumento TA 	La acción de duloxetina es superior a las acciones de los ISRS en dolor neuropático de diabetes y dolor crónico físico asociado a depresión
Antidepresivos tricíclicos (ADT)	Clomipramina Amitriptilina Imipramina	Depresión y ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sequedad de boca ▪ Visión borrosa ▪ Retención urinaria ▪ Estreñimiento ▪ Hipotensión ortostática y mareo ▪ ↑ peso, resistencia a la insulina o dislipemia ▪ Sobredosis: coma, convulsiones, arritmias y parada cardíaca 	Aconsejar dieta saludable, ejercicio físico, abandono del tabaco y control médico periódico (electrocardiograma)
Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y dopamina (IRND)	Bupropion	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Boca seca ▪ Constipación ▪ Insomnio ▪ Cefalea ▪ Ansiedad ▪ Aumento TA ▪ hipomanía 	Contraindicados en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria (↑ crisis comicial)
Agonistas de receptores de la melatonina (AMT)	Agomelatina	Depresión Se puede usar en pacientes con problemas del ciclo vigilia-sueño	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Náuseas ▪ Mareos ▪ Somnolencia ▪ Cefalea 	
Antagonista de receptores α_2 de noradrenalina (α_2)	Mirtazapina	Depresión Ansiedad Insomnio Potenciador de otros AD	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de apetito ▪ Boca seca ▪ Estreñimiento ▪ Mareo ▪ Hipotensión 	La adición a venlafaxina o ISRS puede revertir la ansiedad e insomnio inducido por fármacos
Antagonista de serotonina e inhibidor de recaptura de serotonina (AIRS)	Trazodona	Depresión (complementario) Insomnio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Náuseas ▪ Edema ▪ Visión borrosa ▪ Boca seca ▪ Mareo ▪ Hipotensión 	A dosis bajas son útiles para el insomnio (puede potenciar la eficacia de otros AD)
Antidepresivo multimodal (MM)	Vortioxetina	Depresión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Náuseas ▪ Cefalea ▪ Mareo ▪ Boca seca 	No disfunción sexual Potencial de efectos procognitivos

Fuente: elaboración propia

Anexo 8: Terapia cognitivo-conductual de la terapia de Beck

Anexo 8.1: Técnicas cognitivo-conductuales

TÉCNICAS CONDUCTUALES

- **Lista actividades agradables**

Actividades con las que disfruta o disfrutaba

- **Lista de actividades de domino**

Cosas que solían hacer pero no hacen por la depresión

- **Asignación de tareas graduales**

Dividir una tarea compleja en pasos y practicándolos

- **Práctica imaginada**

Imagina los pasos de una tarea y los describe verbalmente. Ayuda a prestar atención a los detalles esenciales



Relación actividades- estado de ánimo

TÉCNICAS COGNITIVAS

- **Detectar Pensamientos Automáticos (PA)**

- **Comprobar como los PA influyen en las emociones**

- **Entrenamiento en observación y registro de cogniciones**

Autorregistros, Imágenes Inducidas, preguntas (qué pensaba al observar un cambio emocional)

- **Registrar PA:** hora fija, en periodos y lugares complicados

- **Traducir el pensamiento**

- **Clasificar las cogniciones según:** contenido, distorsiones....

- **Someter los PA a prueba de realidad:**

preguntar por datos reales, examinar validez...

- **Técnicas de retribución**

Fuente: elaboración propia

Anexo 8.2: Juego de roles y diálogo

Ilustra el empleo de ambas técnicas con una paciente depresiva de 27 años, hospitalizada. Había participado ya en 3 sesiones, pero en la 4ª seguía considerándose "demasiado estúpida y ridícula". Estas autocríticas interferían seriamente con sus intentos de emprender cualquier tarea y, de hecho interrumpían la propia sesión de terapia

P- Ahora que sé que puedo controlar mis pensamientos, me siento realmente estúpida por estar deprimida

T- Tiene que aprender cosas sobre sí misma, antes de hacer cambios. Antes de la terapia no sabía eso, y no parece razonable que se critique después de saberlo

P- Realmente, soy una inútil

T- ¿ Se da cuenta de las veces que se autocrítica, llamándose inútil, estúpida, etc.

P- "Si el zapato te sirve, pónelo" Nunca he sido brillante. En matemáticas siempre fui la última de la clase: un zopenco

T- Puedo entender que se critique por no saber responder un problema. Pero se autocrítica continuamente cuando vamos a emprender algo nuevo. ¿ Quiere echar un vistazo a los efectos ocultos que ejercen sobre usted las autocríticas?

P- Bueno

T- De acuerdo. Vamos a hacer un juego de roles. Tengo entendido que es Vd. una nadadora bastante buena. ¿ Por qué no hacemos como si Vd. me fuese a enseñar a nadar? Imaginemos la escena: espero sus instrucciones

P- Lo primero que tiene que hacer es relajarse en el agua

T- Soy demasiado tonto para aprender eso. No he sido capaz de aprender nada nuevo, desde hace años

P- Bueno, Vd. inténtelo y yo le enseñaré

T- "Si me meto en el agua, tendré un aspecto ridículo"

P- Pero, tiene que meterse en el agua si quiere aprender a nadar

T- La voy a poner en ridículo delante de los demás, porque seguro que hago alguna tontería. Siempre me pasa

P- Está empezando a cansarme

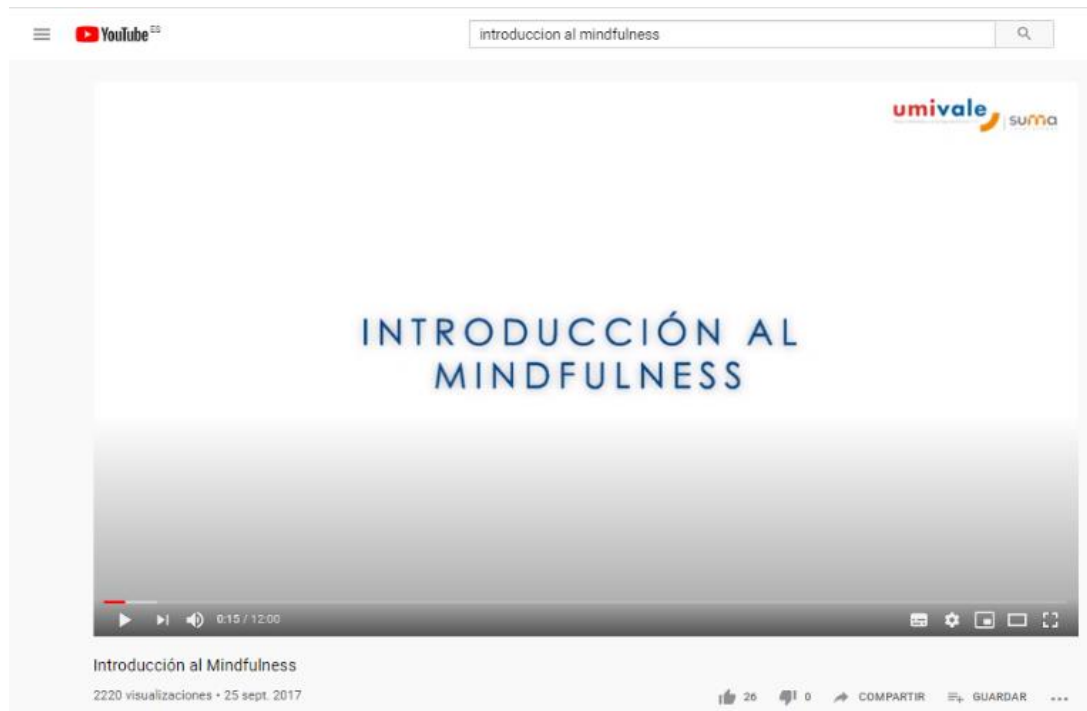
T- ¿Por qué? ¿ porque cree que soy incapaz de ponerme a nadar! ¿ no es así? ¿ Piensa que soy demasiado torpe?

P- No, me está hartando porque Vd. piensa que es demasiado torpe. Ni siquiera he tenido ocasión de verle en el agua

Así se dio cuenta de que para aprender algo hay que tener una información objetiva y hay que practicar. También se dio cuenta de que sus continuas autocríticas lo impedían.

Fuente: Colegio Oficial de Psicólogos (COP). Terapia cognitiva para la depresión según Beck. [Internet]. Valencia (Elia Roca). 2016 [Citado 22 Mar 2020]. Disponible en: <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/Guia%20Beck%20depression.pdf>

Anexo 9: Vídeo sobre mindfulness



Fuente: umivale Mutua colaboradora con la Seguridad Social.

Introducción al Mindfulness [Video File]. 2017 25 Septiembre. [Citado 1 Abr 2020] [12:00 minutos] Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=GVjeeEVxRI&t=309s>

Anexo 10: Consejos para incluir la actividad física

¿Cómo incluir la actividad física en tu

1. Identificar qué te gusta hacer

Debes descubrir que ejercicio será más probable que vayas hacer, aquel con el que disfrutes más. Además de elegir cómo y cuándo, deberás adaptarlo a tus horarios y posibilidades.

2. Apoyarse en un profesional

Habla con un profesional para que te guíe y te apoye. Ya sea tu médico o un profesional en salud mental para adaptarlo a tu situación personal. Si es necesario puedes pedir ayuda a un entrenador personal que te proporcione un programa de ejercicios que realizar.

3. Fijar metas razonables

Debes adaptar la actividad a tus posibilidades y necesidades, no tienes que empezar con una rutina intensa si no eres capaz de realizarlo, pues lo más probable es que no lo cumplas. Es mejor comenzar con algo más suave e ir progresando.

4. No tratarlo como una obligación o tarea

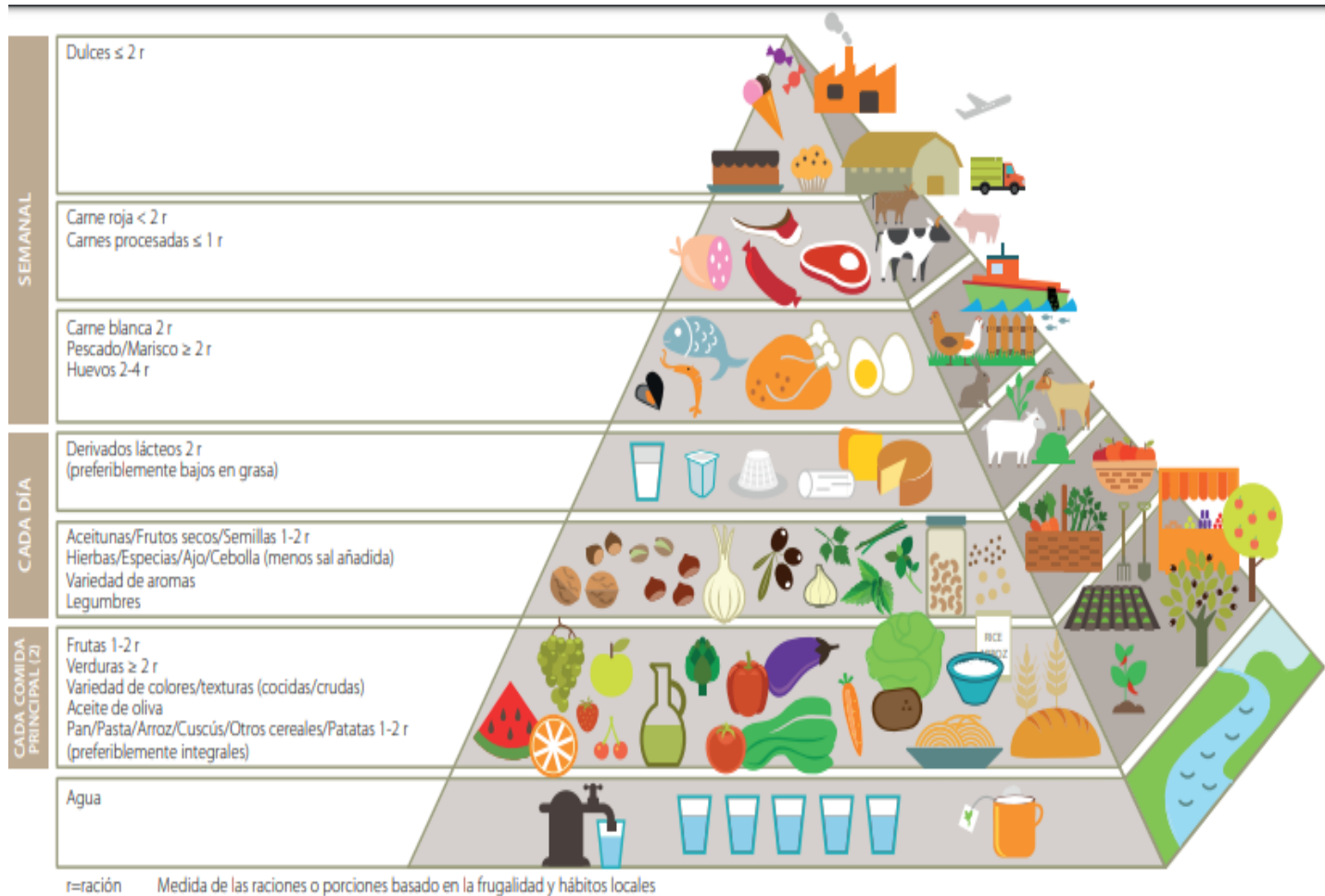
Si tratas el ejercicio físico como una de tus obligaciones más, fracasarás y no lo llevarás a cabo. Es mejor que lo veas como una técnica que te ayuda a mejorar y a llevar una mejor calidad de vida. Algo que disfrutas haciendo y te resulta agradable.

5. Analizar tus limitaciones y obstáculos

Debes descubrir lo que te impide realizar ejercicio y tratar de solucionarlo y mejorarlo. Puede ser por vergüenza, entonces tienes la posibilidad de hacer cualquier actividad en casa; también por limitaciones económicas, así que podrás adaptar tu rutina sin gastar, bien saliendo a andar o a correr. Es recomendable buscar una persona que te apoye, puedes encontrar una persona que te acompañe en tus ejercicios o que disfrute de esas mismas cosas que tú. Te ayudará también a romper ese aislamiento o soledad que puedes sentir.

Fuente: elaboración propia

Anexo 11: Dieta mediterránea



Fuente: Serra Majem L, Ortiz Andrellucchi A. The mediterranean diet as an example of food and nutrition sustainability: a multidisciplinary approach. Nutr Hosp [Internet]. 2018 [Citado el 5 Abr 2020]; 35(4): 96-101. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30070130>

Anexo 12: Escala evaluación cualitativa (Tipo Likert)

1. El día y hora en los que se han realizado las sesiones me ha parecido:

Mal	Regular	Bien	Muy bien
-----	---------	------	----------

2. El lugar donde se han realizado las sesiones me ha parecido:

Mal	Regular	Bien	Muy bien
-----	---------	------	----------

3. El número de participantes me ha parecido:

Mal	Regular	Bien	Muy bien
-----	---------	------	----------

4. Los conceptos e información me han parecido:

Mal	Regular	Bien	Muy bien
-----	---------	------	----------

5. El material y mobiliario utilizado me han parecido:

Mal	Regular	Bien	Muy bien
-----	---------	------	----------

6. ¿Ha encontrado alguna dificultad durante las sesiones?

Si	No	No sé
----	----	-------

7. ¿Cree que la información ha sido muy amplia?

Si	No	No sé
----	----	-------

8. ¿Cree que se han utilizado muchos términos que no ha comprendido bien?

Si	No	No sé
----	----	-------

9. ¿Cree que lo que ha aprendido en las sesiones le puede servir en el futuro?

Si	No	No sé
----	----	-------

10. ¿Piensa que con las sesiones ha mejorado algunos aspectos de su vida?

Si	No	No sé
----	----	-------

11. ¿Se siente mejor consigo misma? ¿Más motivada?

Si	No	No sé
----	----	-------

12. ¿Ha cambiado la forma de verse y ver a los demás?

Si	No	No sé
----	----	-------

13. ¿Considera que va a cambiar sus hábitos a partir de ahora y va a cuidarse más?

Si	No	No sé
----	----	-------

14. ¿Aconsejaría este programa a algún conocido?

Si	No
----	----

15. Sugerencias o críticas:

16. ¿Cambiaría algo del programa? ¿El qué?

Fuente: elaboración propia